



Número: **0809514-49.2020.8.15.0001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **7ª Vara Cível de Campina Grande**

Última distribuição : **09/06/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.137,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSE AREDA FILHO (AUTOR)		FABIO MARACAJA DE ALMEIDA CARNEIRO (ADVOGADO)	
BRADESCO SEGUROS S/A (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
34662411	23/09/2020 14:24	2752399_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 07 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200063429

Vítima: JOSE AREDA FILHO

Data do Acidente: 20/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE AREDA FILHO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

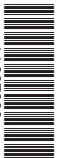
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15482157

Pag. 00087/00088 - carta_01 - INVALIDEZ

00020044





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 19 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200063429

Vítima: JOSE AREDA FILHO

Data do Acidente: 20/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE AREDA FILHO

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: JOSE AREDA FILHO

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 341

Agência: 000000374

Conta: 0000033701-2

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: 0051679120	CPF da vítima: 467.306.804-15	Nome completo da vítima: José Anacleto Filho
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo: José Anacleto Filho		CPF: 467.306.804-15
Profissão: Picudo	Endereço: Av. Velha	Número: 51 Complemento: —
Bairro: Centro	Cidade: Guimarães	Estado: PB CEP: 58475-000
E-mail:		Tel. (DDD): (33) 98805.6654

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDA MENSAL:			
☒ RECUSO INFORMAR	☐ ATÉ R\$1.000,00	☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA	☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237)	☒ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001)	☐ Caixa Econômica Federal (104)
Nome do BANCO: _____	
AGÊNCIA: 0374 ☐ CONTA: 33901 ☒	AGÊNCIA: ☐ ☐ CONTA: ☐ ☐
(informar o dígito se existir)	(informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que **(assinale uma das opções)**:

- ☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo	Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: _____	Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não
Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____	
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não	Se tinha filhos, informar quantos: _____
Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não	Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado	Local e Data: João Pessoa, 06/02/2020
	Nome: _____
	CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A RÔGO

João Anacleto Filho

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____	Assinatura
CPF: _____	
2ª Nome: _____	Assinatura
CPF: _____	

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RÔGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 23/09/2020 14:24:53

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092314245102100000033139110

Número do documento: 20092314245102100000033139110



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00309.01.2019.1.05.101

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00309.01.2019.1.05.101, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 08:46 horas do dia 20 de dezembro de 2019, na cidade de Lucena, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia de Comarca de Lucena, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Reinaldo Nobrega de Almeida Junior, matrícula 1685058, e lavrado por Alexandre José Nunes de Souto Lima, Agente de Investigação, matrícula 1573560, ao final assinado, compareceu **José Arêda Filho**, conhecido(a) por José, CPF nº 467.306.804-15, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero masculino, profissão Aposentado, filho(a) de Sebastiana Januário e José Arêda Filho, natural de Campina Grande/PB, nascido(a) em 19/03/1955 (64 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Fazenda Velha, Nº S/N, complemento CASA NA ZONA RURAL, bairro [indeterminado], tendo como ponto de referência Próximo da Fazenda Clóvis, na cidade de Queimadas/PB.

Dados do(s) Fatos:

Local: Fazenda Velha, nº S/N, Via Pública, Próximo da Fazenda Clóvis, Queimadas/PB, bairro [indeterminado]; Tipo do Local: via fora do perímetro urbano (rodovia, estrada, etc); Data/Hora: 28/08/19 06:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) Art. 129, § 6º do CPB (Lesão corporal culposa), **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**, Art. 129, § 1º, Inc. I do CPB (Lesão corporal de natureza grave - Incapacidade por mais de 30 dias), Art. 129, § 1º, Inc. II do CPB (Lesão corporal de natureza grave - Perigo de vida).

Objeto(s) Envolvido(s):

(1) **Moto**, UF: PB, características gerais: Veículo Não Identificado (motocicleta)

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUANDO SE DESLOCAVA A PÉ NAS IMEDIAÇÕES DO "SÍTIO MASSAPÉ" NO LOCAL JÁ DESCRITO ANTERIORMENTE ACIMA, FOI ATROPELADO POR TRÁS E VEIO A CAIR E SE MACHUCAR COM GRAVIDADE POR UM OUTRO VEÍCULO EM ALTA VELOCIDADE E DE CARACTERÍSTICAS, PLACA E MOTORISTA NÃO IDENTIFICADOS QUE SE EVADIRAM DO LOCAL DO ACIDENTE SEM PRESTAR QUALQUER TIPO DE ASSISTÊNCIA AO DECLARANTE, SENDO QUE O MESMO FOI SOCORRIDO PARA O HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES NA CIDADE DE CAMPINA GRANDE/PB, ONDE DEU ENTRADA PARA OS PROCEDIMENTOS MÉDICOS HOSPITALARES DE EMERGÊNCIA E PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS PERTINENTES, CONFORME LAUDO MÉDICO APRESENTADO NESTA DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL.

ADENDO(S):

Que na data 22/01/2020, à(s) 07:45 horas, na Delegacia de Comarca de Lucena, sob a responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Luiz de Cerqueira Cotrim Neto, matrícula 1564871, compareceu o(a) noticiante para realizar o seguinte adendo: A DATA CORRETA DO ACIDENTE É VINTE DE AGOSTO DE 2019 (20/08/2019) AS SEIS HORAS DA MANHÃ (06.00).. Adendo registrado por: Alexandre José Nunes de Souto Lima, Agente de Investigação, matrícula: 1573560.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.


Governo do Estado da Paraíba
Sec. de Segurança Pública
Alexandre J. N. de Souto Lima
Comissário - Mat. 157.356-0

Procedimento Policial: 00309.01.2019.1.05.101

1/2



DELEGACIA GERAL DA POLÍCIA CIVIL
1ª Superintendência Regional de Polícia Civil
5ª Delegacia Seccional de Polícia Civil
Delegacia de Comarca de Lucena

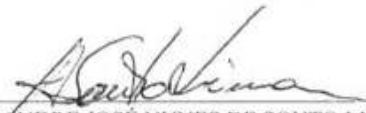


**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA

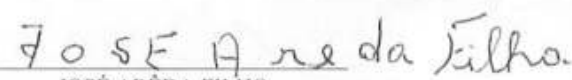


**GOVERNO
DA PARAÍBA**
Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social

Lucena/PB, 22 de janeiro de 2020.


ALEXANDRE JOSÉ NUNES DE SOUTO LIMA

Agente de Investigação
Governo do Estado da Paraíba
Sec. de Segurança Pública
Alexandre J. N. de Souto Lima
Comissário - Mat. 157.356-0


JOSÉ ARÊDA FILHO
Noticiante



Procedimento Policial: 00309.01.2019.1.05.101

2/2





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
0051679120	467.306.804-15	José Anacleto Filho
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:		CPF:
JOSÉ ANACLETO FILHO		467.306.804-15
Profissão:	Endereço:	Número:
Picudo	Av. VELHA	SIN
Bairro:	Cidade:	Estado:
Centro	Guimarães	PB
E-mail:	CEP:	Tel. (DDD):
	58475-000	(35) 98805.6654

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDA MENSAL:			
☒ RECUSO INFORMAR	☐ ATÉ R\$1.000,00	☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA	☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237)	☒ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001)	☐ Caixa Econômica Federal (104)
Nome do BANCO:	
AGÊNCIA: 0374	CONTA: 33901
(informar o dígito se existir)	(informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:	☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos?	☐ Sim ☐ Não	Se tinha filhos, informar quantos:
	Vivos:	Falecidos:
Vítima deixou nascituro (vai nascer)?	☐ Sim ☐ Não	Vítima deixou pais/avós vivos?
	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado	Local e Data: João Pessoa, 06/02/2020
	Nome: JOSÉ ANACLETO FILHO
	CPF: 467.306.804-15
	(*) Assinatura de quem assina A ROSTO
	Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS
1ª Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____
2ª Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____

Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



ITAÚ – UNIBANCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 341 AGÊNCIA: 0477 CONTA: 000000078857-4

DATA DA TRANSFERENCIA: 17/02/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE AREDA FILHO

BANCO: 341

AGÊNCIA: 00374

CONTA: 000000033701-2

Autenticação:

2ECCF9FE09100A2820241D66FBB0F546BF2C774ACA0C9D83C4D5415DB37B91EC



BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Boleto para simples pagamento da rede fiscalizada de energia elétrica. Nº 004.591.581



ENERGISA BORBOREMA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Av. Dep. Raimundo Asfora, 4799 - BR 230 - KM 158 - Três Irmãs
Campina Grande / PB - CEP 58433-700
CNPJ 08.826.596/0001-95 Insc. Est. 16.933.839-1

DADOS DO CLIENTE

MARIA SUELY DE SOUZA
FAZ VELHA 0000 SN
QUEIMADAS

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

4/97287-7

REFERÊNCIA

SET/2019

APRESENTAÇÃO

09/09/2019

CONSUMO

113

VENCIMENTO

16/09/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 82,81

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL				
CONTA PAGA - Data de Pagamento: 11/09/2019				
Pagador: MARIA SUELY DE SOUZA CNPJ/CPF: 796.994.724-72				
FAZ VELHA 0000 SN - AREA RURAL - QUEIMADAS / PB - CEP 00000-000				
Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
29574500000359797	000097287201909	16/09/2019	R\$ 82,81	
BENEFICIÁRIO: ENERGISA BORBOREMA DISTRIB DE ENERGIA SA				08.826.596/0001-95
AV DEPUTADO RAIMUNDO ASFORA, 4799 - BR 230 KM 158 - TRÊS IRMÃS - CAMPINA GRANDE / PB - CEP 58423-700				
Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2057-5				



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 23/09/2020 14:24:53

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092314245102100000033139110>

Número do documento: 20092314245102100000033139110



Número do Prontuário: 155632

DATA DA CIRURGIA: 12/09/2019

Número do Atendimento: 1972315 Clín: ORTOPEDIA I / Enf: I / Lei: I

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Nome do Paciente: JOSE AREDA FILHO

Data da Internação: 20/08/2019

Atendimento: 1972315

Diagnostico Pré-Operatório: FRATURA DE OSSOS DA PERNA DIREITA

Diagnostico Pós-Operatório: 0 mesmo

Cirurgia: LMC + REPOSICIONAMENTO DE FIXADOR

Data da Cirurgia: 12/09/2019

Equipe:

Cirurgião: ELDIMAN SOARES DE ARAUJO

Aux 1: EVERLAN DA SILVA MEIRA

Aux 2: EULER FABRICIO ALVES CRUZ

Aux 3:

Instrumentador: ADNRE

Anestesista: ROBERIO MARINHO ALVES

Tipo de anestesia: RAQUIANESTESIA

Relatório Imediato do Patologista:

Exame Radiológico no Ato: NÃO.

Acidente Durante Operação: NÃO.

Descrição da Operação:

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL. HORIZONTAL SOB ANESTESIA;
2. ASSEPSIA + ANTISSEPÇÃO + APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS;
3. LIMPEZA MECÂNICO-CIRÚRGICA + DESBRIDAMENTO DE TECIDOS DESVITALIZADOS;
4. REPOSICIONAMENTO DE FIXADOR EXTERNO.
5. CURATIVO.

Data 12/09/2019

Assinatura/Carimbo
Euler Fabricio Alves Cruz

Dr. Euler Fabricio A. Cruz
MR ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
CRM-PE 0007



José Srecha



21/08/2019

HTCG-Painel Administrativo

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4760 - Malvinas, Campina Grande - PB.

CNPJ: 08.778.268/0038-52

Data: 21/08/2019



GOVERNO
DA PARAÍBA



Número do Prontuário: 155632

DATA DA CIRURGIA: 21/08/2019

Número do Atendimento: 1972315 Clin: CENTRO CIRURGICO / Enf: URPA / Lei: 6

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Nome do Paciente: JOSE AREDA FILHO

Data da Internação: 20/08/2019

Atendimento: 1972315

Diagnostico Pré Operatório:

Diagnostico Pós-Operatório:

Cirurgia: FIXACAO EXTERNA

Data da Cirurgia: 21/08/2019

Equipe:

Cirurgião: AMARO JORGE PINTO NETO

Aux 1: WAGNER LUIZ E DE ARAUJO

Aux 2: EULER FABRICIO ALVES CRUZ

Aux 3:

Instrumentador:

Anestesista:

Tipo de anestesia:

Relatório Imediato do Patologista:

Exame Radiológico no Ato:

Acidente Durante Operação:

Descrição da Operação: 01 PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA

02 ASSEPSIA E ANTISSEPISIA

03 APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTEREIS

04 AMPLIAÇÃO DA FX EXPOSTA PUNTIFORME

05 LMC COM 10 SF 0,9%

06 REDUÇÃO INCRUENTA DA FRATURA + FIXAÇÃO EXTERNA COM FIXADOR

LINEAR

07 LAVADO DE FO COM SF

08 SUTURA

CURATIVO

Data 21/08/2019

Assinatura/Carimbo

Wagner Luiz E de Araújo





MATERIAL UTILIZADO EM CIRURGIA

Rastreamento

0090

Hospital: Hospital de Jussara Código: 0001Procedimento: Implante de prótese de quadril Cód. Procedimento: 0001Paciente: Jose Maria FilhoData da Cirurgia: 20/08/19 Nº prontuário: 1972282 Convênio: Cirurgião: M. Lacerda Código: (☐) Reposição (☐) Caixa Pronta

DESCRIÇÃO DE PRODUTOS UTILIZADOS

Qtd.	Descrição	Cód. Produto	Valor Unit.	Valor Total
01	Lote: 010935 Código: F08 2 109 SISTEMA DE FIXAÇÃO ÓSSEA SARTORI - LINEFIX FEMUR T 350 - ESTERIL Feb. 11/01/2019 Val. 01/2024 Registro Anvisa Nº 80083650031 Material ACO INOX/ALUMÍNIO Luiz Guilherme Sartori & Cia Ltda - EPP CNPJ: 04.861.625/0001-00 - R. do Claro: 50 Tel: +55 19 3538-1910 info@sartoriind.br			

ESPECIFICAÇÃO DE PARAFUSOS

							Valor Unit.	Valor Total
Parafuso Cortical () mm	Nº							
	Qtd.							
	Cód.							
Parafuso Cortical () mm	Nº							
	Qtd.							
	Cód.							
Parafuso Esponjoso 4.0 mm	Nº							
	Qtd.							
	Cód.							
Parafuso Esponjoso 6.5 mm R/16 Curta	Nº							
	Qtd.							
	Cód.							
Parafuso Esponjoso 6.5 mm R/32 Longa	Nº							
	Qtd.							
	Cód.							
Parafuso Maleolar 4.5 mm	Nº							
	Qtd.							
	Cód.							

OBS.: O PREENCHIMENTO DO PRONTUÁRIO É OBRIGATÓRIO.

PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DO CONSULTOR DE VENDAS

Condições de Pagamento: Faturar N.F. para: Cód. do consultor: Total: Cód. Instrumentador:

Anotações do Médico

Dr. Euler Fabricio A. Cruz
CRM: 1000000033139110

Bio Implants Comércio de Materiais Médicos Cirúrgicos Ltda. - Av. Teodorico Teles, 245B - São Miguel - Crato - CE - CNPJ: 10.323.929/0001-05
Fone/Fax: (88) 3521.4801 * www.bioimplants.com.br



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 23/09/2020 14:24:53

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092314245102100000033139110>

Número do documento: 20092314245102100000033139110

Num. 34662411 - Pág. 12

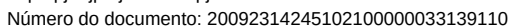
NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

TABELA DE ALDRETE E KROULIK MODIFICADA
(Critérios para altas da SRPA)

Critério para alta de sala de recuperação pós anestésico	Hora entrada	Hora saída
Nenhum Movimento = 0 Movimenta 2 membros = 1 Movimenta 4 membros = 2		
Apnéia = 0 Respiração Limitada, Dispnéia = 1 Respiração profunda e tosse = 2		
PA + ou - 50% do nível pré-anestésico = 0 PA + ou - 20 a 40% do nível pré-anestésico = 1 PA + ou - 20% do nível pré-anestésico = 2		
Sat O ₂ < 90 com oxigênio = 0 Sat O ₂ > 90 com oxigênio = 1 Sat O ₂ > 92% sem oxigênio = 2		
Não responde ao chamado = 0 Despertado ao chamado = 1 Completamente acordado = 2		
TOTAL DE PONTOS:		

Assinatura do anestesista





Cirurgia
Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente: <i>Paula Almeida Lima</i>	Idade: <i>64 anos</i>
Convênio: <i>SUS</i>	Data:
Procedimento: <i>maternidade cirúrgica</i>	
Cirurgião: <i>Dr. Wagner R.</i>	Auxiliar:
Anestesista:	
Início: <i>22:50</i>	Término: <i>00:30</i>
Anestesia: <i>loquaz</i>	

Hora	PA	Pulso	SAT 02	Responsável	A. Motora	Consciência
<i>00:50</i>	<i>55x35</i>		<i>98%</i>	<i>Paula</i>	-	<i>consciente</i>
<i>01:45</i>	<i>90x58</i>	<i>77</i>	<i>94%</i>	<i>Silvana</i>	-	<i>consciente</i>
<i>02:40</i>	<i>90x53</i>	<i>85</i>	<i>98%</i>	<i>Paula</i>	-	<i>consciente</i>
<i>03:30</i>	<i>1</i>	<i>84</i>	<i>97%</i>	<i>Luciana</i>	+	<i>consciente</i>

Medicamentos/Materiais	Quantidade
<i>Emp. novo 4.2</i>	
<i>maquiagem para o rosto da</i>	
<i>anestesia</i>	

Observações:

4h30 - Paciente agitada, realizada imobilização com
cabeça monitorizada SSV. 50

Assinatura Anestésista: *[assinatura]*

Circulante: *[assinatura]*

Relatório de Operação

MOD. 103



EVOLUÇÃO FISIOTERAPÊUTICA

Paciente		Prontuário	Ala		Leito	Enfermaria	
- Jose Auda Filho		10	Ortopedia I		1	1	
Data	Hora		Data	Hora			
05.09.19	14	Paciente Normotencido, Normotemo. FC Sobpm FR 18/min. Sem queixa de dor. Conduta: Aquecimento inicial de MMS e cervical. Exercício ativo ativo de tripus flexão bilateral mento. Exercício ativo resistido de quadril prona; Exercício ativo resistido de abdusão e adução de quadril a Ponte Unipedal E; Aquecimento bilateral unipedal E. Todos os exercícios com 3 séries de 10 repetições, não houve intercorrências durante a conduta. - Obs: Paciente incentivado-se sem cursivo e sob uso de prótese de fixação extracorpórea D. Acad. Adrieli de Mendonça. AED: José Pontassilva Farniel	09/09/19	14	Paciente em C.G.R., eufórico, consciente, responsivo, colaborativo, normotencido, estável de peso, prático com praxia e motricidade, estável no leito com edema em M.D. Conduta: Mobilização passiva bilateral do crânio-cervical e cervical; Exercício ativo de flexão de quadril de M.D.; Exercício de dorsiflexão e plantar flexão de M.D. com resistência de m.m. da Turquia (3x6); Mobilização mediolateral - m.m. (2 min); Triplax (1) flexão de M.D. com resistência de m.m. da Turquia (3x8); Exercício ativo de adução e abdução com quadril e joelho semi flexão (45°) com resistência de m.m. da Turquia (3x5). E/Chaverry.		

MOD. 012



EVOLUÇÃO FISIOTERAPÊUTICA

Paciente		Prontuário	Ala		Leito	Enfermaria
Jose André Filho		992315	Oito T		3	4
Data	Hora					
		Data	Hora			
15/09	Tarde	Paciente em EGR, eupneico, normotencido, agitado no leito, orientado, consciente, sem presença de edema e com fixidez extensora em MTD. Conduta: Mobilização de joelhos e metatarsos em MTD e MSE (3 min); Flexão plantar e dorsiflexão em MTD (3x10); Tríplex: flexão ativa-assistida em MTD e ativo livre + imposição de resistência em MSE (3x10); Abdução de quadril bilateral ativo livre (3x10); Ponte com apoio bilateral (2x5). Conduta piramidal com intercorrências. At: Sarah, Alne C de Freitas Brito.				
11-09-19	Tarde	Paciente em EGR, eupneico, normotencido, agitado, orientado, consciente, sem presença de edema, com fixidez extensora em MTD. PA: 170x110 mmHg Sat 90% FC 131 bpm FR 24ir CP: Exercício respiratório (livre), não foi possível, por falta de atendimento porque a PA do paciente não normalizou. PA final: 160x100 mmHg. At: Vitorica Amanda Dias.				



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUECC		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES		ENFERMARIA	LEITO	Nº PRONTUÁRIO	
FOLHA DE ANESTESIA		Paciente: <u>João André Filho</u>			IDADE: <u>69</u>	SEXO: <u>M</u>	COR: <u>B</u>
DATA: <u>21/09/19</u>	PRESSÃO ARTERIAL: <u>110/70</u>	PULSO: <u>80</u>	RESPIRAÇÃO: <u>18</u>	TEMPERATURA: <u>36,4</u>	PESO:	ALTURA:	
TIPO SANGÜÍNEO:	HEMÁCIAS:	HEMOGLOBINA:	HEMATÓCRITO:	GLICEMIA:	UREIA:	OUTROS:	
URINA:							
AP. RESPIRATÓRIO:					ASMA: ☐ BRONQUITE: ☐		
AP. CIRCULATÓRIO:					ELETROCARDIOGRAMA:		
AP. DIGESTIVO:			DENTES: ☒	PESCOÇO: ☒	AP. UROLOGIA:		
ESTADO MENTAL:			ATÁRAXICOS: ☒	CORTICÓIDES: ☒	ALERGIA: ☐ HIPOTENSORES: ☐		
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: <u>Prostatectomia</u>					ESTADO FÍSICO: <u>AHA I</u> RISCO: ☐		
ANESTESIAS ANTERIORES:							
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA:				APLICADA: <u>AS</u>	EFEITO: <u>✓</u>		
AGENTES ANESTÉSICOS:					INDUÇÃO Satisf. ☒ Excit.: ☐ Tosse: ☐ Laringo espasmo: <u>Lento</u> Náuseas: ☐ Vômitos: ☐ Outros: ☐		
LÍQUIDOS:					MANUTENÇÃO <u>Propofol 15mg</u> <u>Amorfin 2mg</u> <u>O2 - 3L</u> <u>Epinefrina 0,1</u>		
CÓDIGOS					ANESTESIA SATISF. ☒ Sim ☐ Não ☐ Não, por quê? ☐		
VP. ARTERIAL - O. PULSO - O. RESPIRAÇÃO AX - ANESTESIA - O. OPERAÇÃO					DESPERTAR Reflexos na SO: ☒ Obst.: ☐ Co.: ☐ Excit.: ☐ Náuseas: ☐ Vômitos: ☐ Outros: ☐		
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES:					Com cânula: ☐ Paro o Leito: ☐ Sim ☐ Não ☐ CONDIÇÕES:		
POSIÇÃO:							
AGENTES:	<u>Propofol 15mg</u> <u>Amorfin 2mg</u> <u>O2 - 3L</u> <u>Epinefrina 0,1</u>						
TÉCNICA:	<u>Prostatectomia</u> <u>Prostatectomia</u> <u>Prostatectomia</u>						
OPERAÇÃO:	<u>Prostatectomia</u> <u>Prostatectomia</u> <u>Prostatectomia</u>						
CIRURGIÕES:	<u>D. Almeida</u> <u>R. Roberto</u> <u>C. 302</u>						
ANESTESISTAS:	<u>D. Almeida</u> <u>R. Roberto</u> <u>C. 302</u>						
OBSERVAÇÕES:	<u>C. 302</u>						
ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS.					PERDA SANGÜÍNEA		

FOLHA DE ANESTESIA - SRP8



NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

C. P. Centomina

GOVERNO
ESTADO DO PARANÁ
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
Hospital de
Emergência e Trauma Dom
Luiz Gonzaga Fernandes

PACIENTE: Jose, Aurea Filho DN. 19/03/1955

GI — LEITE Sala 03 CONVENIO SUS IDADE 64a. REGISTRO 1942282

CIRURGIA RMS em UI @ ANESTESIA Dr. Goldmann + Dr. Oliveira

ANESTESIA Proqui ANESTESIA Dr. Roberson

INSTRUMENTADORA — DATA 12/09/1 INICIO 10:40 FIM 10:50

Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS		Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS	CÓDIGO
	Adrenalina amp.		Catet. p/ Oxo.		Catgut cromado Sertix	
	Atropina amp.		Catet. De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Sertix	
	Diazepam amp.	01	Compressa Grande		Catgut cromado Sertix	
	Dimofa amp.		Compressa Pequena		Catgut Simples	
	Lorazepam amp.		Lotonorice		Catgut Simples Sertix	
01	Efrane ml		Dreno		Catgut Simples Sertix	
	Fenegam amp.		Dreno Kerr n°		Catgut Simples Sertix	
	Fentanil ml		Dreno Penrose n°		Cera p/ osso	
	Inova ml		Dreno Pezzer n°		Ethibond	
	Ketalar ml		Equipo de Macrogotas		Ethibond	
01	Maloneira % ml		Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Nubahin amp.		Equipo de Sangue		Fio de Algodrão Sertix	
	Pavulon amp.		Equipo de PVC		Fio de Algodrão Sertix	
	Protilgmine amp.	4.5	Esparadrapo Larco cm		Fio de Algodrão Sutupak	
	Protóxido l/m		Furacim ml		Fio de Algodrão Sutupak	
	Queflicin ml	0.5	Gase Pacote c/ 10 unidades		Fila cardiaca	
	Rapifen amp.		H.O. ml	02	Mononylon 20	
	Thionembul ml		Intracath Adulto		Mononylon	
	Tracrium amp.		Intracath Infantil		Prolene Sertix	
Qtd.	MEDICAÇÕES	01	Lâmina de Bisturi n° 23		Prolene Sertix	
	Agua Destilada amp.		Lâmina de Bisturi n° 11		Prolene Sertix	
	Decadron amp.		Lâmina de Bisturi n° 15		Prolene Sertix	
	Dipirona amp.		Luvas 7.0		Vicryl Sertix	
	Flebotomid amp.		Luvas 7.0		Vicryl Sertix	
	Flebocortid amp.		Luvas 8.0		Vicryl Sertix	
	Geramicina amp.		Luvas 8.5			
	Glicose amp.	4.C	Oxigênio l/m			
	Glucoc de Cálcio amp.		Poliflix			
	Haemacel ml.	0.5	PVPI Degemante ml			
	Heborema ml.		PVPI Tópico ml	Qtd.	SOROS	
	Kanakion amp.	0.5	Sabão Antisséptico		SG Normotérmico fr 500 ml	
	Lasix amp.		Saco coletor		SG Gelado fr 500 ml	
	Medrotrinazol.		Seringa desc. 10 ml		SG Hipertérmico fr 500 ml	
	Plasil amp.		Seringa desc. 20 ml		SG Ringr fr 500 ml	
	Prolamina	01	Seringa desc. 05 ml	01	SG fr 500 ml	p/ lavagem
	Revivan amp.		Sonda			
	Stuptanon amp.		Sonda iurety	Qtd.	URTESE E PRÓTESE	
	Cefalotina 1g		Sonda Nasogática		+ H. Lavagem	
			Sonda Uretral n°		+ um punho de fixação	
			Sterydrem ml			
			Tomeirinha			
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES		Vaselina ml			
	Agulha desc. 25 x 7		Calson 18			
	Agulha desc. 28 x 28		Latesa			
	Agulha desc. 3 x 4,5	0.5	Extensões			
01	Agulha p/ raque n° 25					
0.5	Alcool de Enfermagem					
	Alcool Iodado ml					
	Ataduras de Crepon					
	Ataduras de Gessada					
	Azul metileno amp.					
	Benzina ml					

- EQUIPAMENTOS**
- (x) Oxímetro de Pulso
 - () Serra
 - () Desfibrilador
 - (x) Foco Frontal
 - () Fone de Luz
 - () Foco Auxiliar
 - () Eletrocautério
 - () Oxícapnógrafo
 - (x) Cardiomonitor
 - (x) Perfurador Eléctico

CIRCULANTE RESPONSÁVEL

Milena

MOD 066



 Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde		  GOVERNO DA PARAÍBA		ESTADO DA PARAÍBA - SECRETARIA DE SAÚDE REQUISIÇÃO DE EXAMES	
NÚMERO DO CADASTRO 2 3 6 2 8 5 6 1 - CPF 2 0 8 7 7 8 2 6 8 0 0 3 8 5 2 2 - CNPJ							
NOME DA UNIDADE: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES ENDEREÇO: AVENIDA FLORIANO PEIXOTO, 4700 BAIRRO: MALVINAS CEP: 58432-809 MUNICÍPIO: CAMPINA GRANDE UF: PB(25)							
PACIENTE: JOSE AREDA FILHO				Identidade: 16710012 Idade: 064			
ENDEREÇO: SÍTIO FAZENDA VELHA				PRONTUÁRIO:			
BAIRRO: ZONA RURAL				N° 1972315			
DADOS CLÍNICOS:				MATERIAL A EXAMINAR:			
EXAMES SOLICITADOS: RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL),							
Campina Grande - PB 04/09/2019 Hora: 08:56:26				Médico: Wagner Luiz Egito de Araújo			

 Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde		  GOVERNO DA PARAÍBA		ESTADO DA PARAÍBA - SECRETARIA DE SAÚDE REQUISIÇÃO DE EXAMES	
NÚMERO DO CADASTRO 2 3 6 2 8 5 6 1 - CPF 2 0 8 7 7 8 2 6 8 0 0 3 8 5 2 2 - CNPJ							
NOME DA UNIDADE: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES ENDEREÇO: AVENIDA FLORIANO PEIXOTO, 4700 BAIRRO: MALVINAS CEP: 58432-809 MUNICÍPIO: CAMPINA GRANDE UF: PB(25)							
PACIENTE: JOSE AREDA FILHO				Identidade: 16710012 Idade: 064			
ENDEREÇO: SÍTIO FAZENDA VELHA				PRONTUÁRIO:			
BAIRRO: ZONA RURAL				N° 1972315			
DADOS CLÍNICOS:				MATERIAL A EXAMINAR:			
EXAMES SOLICITADOS: RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL),							
Campina Grande - PB 04/09/2019 Hora: 08:56:26				Médico: Wagner Luiz Egito de Araújo			





GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

AVALIAÇÃO CARDIOLÓGICA COM RISCO CIRÚRGICO

NOME: Jose Aredo Filho IDADE: 64 SEXO: M
IMC: _____ PROCEDÊNCIA: _____ PROFISSÃO: 31 DATA: 24/08/19

1 - SINTOMATOLOGIA CARDIOVASCULAR:

☒ Assintomática ☐ Sintomática ☐ Oligossintomática

SINTOMAS:

☐ Cefaléia ☐ Tontura ☐ Síncope
☐ Dispnéia de esforço ☐ Grande ☐ Pequena
☐ Palpitações ☐ Média ☐ Ortopnéia
☐ Dor Precordial ☐ Tosse Seca ☐ Expectoração
Relacionada: ☐ Esforço ☐ Típica ☐ Atípica
☐ Pós-prandial

Comentários: _____

2 - PATOLOGIAS EM CURSO:

☐ Hipertensão Arterial Sistêmica ? ☐ Hipertensão Pulmonar ☐ DPOC ☐ Outros
☐ Diabetes Mellitus N ☐ Insuf. Cardíaca Congestiva N ☐ Insuficiência Coronariana N
☐ Arritmias ☐ Insuf. Renal ☐ Aguda ☐ Crônica

3 - ANTECEDENTES PESSOAIS:

☐ Alergia a Medicamentos: ? ☒ Tabagismo
☐ Etilismo ☐ Sedentarismo
☐ Dislipidemia ☐ Cirúrgico ? ☐ Outros

Medicamentos em uso ☐ Não ☒ Sim mas sabe os nomes

4 - EXAME FÍSICO:

☐ Estado Geral ☐ Bom ☒ Regular ☐ Comprometido ☐ Precário ☐ Altura ☐ Peso

Cardiovascular - Comentários: RCP, RT, DI

FC: 82 b.p.m P.A.: 130 x 80 mmHg

Ap. Respiratório - Comentários: _____

Abdômen - Comentários: _____

Membros Inferiores - Comentários: _____

5 - E.C.G.: R. sinusol, BRD, ZET inferior

Ex. Laboratoriais: hg. 11,7

6 - CONCLUSÃO RISCO CIRÚRGICO:

☒ Grau I - AVC e ECG - normais (Risco Cirúrgico Normal)
☐ Grau II - AVC e ECG - anormais (Risco Cirúrgico Normal)
☐ Grau III - AVC e ECG - anormais (Indicado Monitorização Cardíaca)
☐ Grau IV - AVC e ECG - com graves alterações (Alto Risco Cirúrgico - se possível evitar)

Dra. Inara Queiroz Barbosa
Cardiologista
CRM-PB 5467 - RQE 3024

Ass. do Médico



ANOTAÇÕES/INTERCORRÊNCIAS DE ENFERMAGEM: *paciente em abstinência alcoólica, apresenta*
insônia + hipertensão. Medicada conforme prescrição.

8. DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

DIAGNÓSTICOS	FATORES RELACIONADOS	CARACTERÍSTICA DEFINIDORAS
PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ	() ANSIEDADE () DOR () FADIGA () OBESIDADE () OUTRO	() ALTERAÇÕES NA PROFUNDIDADE RESPIRATÓRIA () DISPNEIA () BATIMENTO DE ASA DE NARIZ () ORTOPNEIA () OUTRO
DÉFICIT NO AUTOCUIDADO PARA BANHO	() PREJUÍZO NEUROMUSCULAR () DOR () OUTRO	() INCAPACIDADE DE ACESSAR O BANHEIRO () INCAPACIDADE DE LAVAR O CORPO
DOR AGUDA	() AGENTES LESIVOS (EX: BIOLÓGICOS, QUÍMICOS) () OUTROS	() ALTERAÇÕES NA PRESSÃO SANGÜÍNEA () RELATO VERBAL DE DOR
HIPERTERMIA	() ANESTESIA () DESIDRATAÇÃO () TRAUMA () OUTRO	() AUMENTO DA TEMPERATURA CORPORAL ACIMA DOS PARÂMETROS NORMAIS () TAQUICARDIA () TAQUIPNEIA
INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	() EXTREMOS DE IDADE () CIRCULAÇÃO PREJUDICADA () HIPOTERMIA () IMOBILIZAÇÃO FÍSICA () OUTRO	() DESTRUIÇÃO DE CAMADAS DA PELE () OUTRO () ROMPIMENTO DA SUPERFÍCIE DA PELE
RISCO DE DESEQUILÍBRIO ELETROLÍTICO	() ASCITE () QUEIMADURA () VÔMITO () DIARRÉIA () DRENOS () OUTROS	
RISCO DE INFECÇÃO	() AUMENTO DA EXPOSIÇÃO AMBIENTAL À PATÓGENOS () PROCEDIMENTOS INVASIVOS () OUTRO	
OUTRO		

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	APRAZAMENTO	RESULTADOS ESPERADOS
() MANTER OXIMETRIA CONTÍNUA E ANOTAR VALORES DE SPO2 E COMUNICAR SE FOR MENOR QUE 95%		() MELHORAR PERFUSÃO TISSULAR () PADRÃO RESPIRATÓRIO EFICAZ
() OBSERVAR E ANOTAR CONDIÇÕES DE PERFUSÃO PERIFÉRICA		
() ENCAMINHAR AO BANHO DE CHUVEIRO	1 x dia	() AUXÍLIO DIÁRIO ÀS NECESSIDADES DE HIGIENE
() REALIZAR BANHO NO LEITO (SN) E LAVAGEM DO CABELO		
() EXPLICAR AO PACIENTE AS POSSÍVEIS CAUSAS DA DOR		() CONTROLE DA DOR (MELHORADA OU AUSENTE)
() AVALIAR CARACTERÍSTICAS, INTENSIDADE E LOCAL DA DOR		
() AVALIAR ALTERAÇÕES DE SINAIS VITAIS	12/12h	
() ADMINISTRAR ANALGÉSICOS CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA E REAVALIAR A DOR APÓS ADMINISTRAÇÃO DA MEDICAÇÃO		
() APÓS ADMINISTRAR ANTITÉRMICOS, AVALIAR E REGISTRAR OS RESULTADOS		() MANUTENÇÃO DA TEMPERATURA CORPORAL DENTRO DOS LIMITES FISIOLÓGICOS
() INCENTIVAR A INGESTÃO DE LÍQUIDOS	Sempre	
() REALIZAR HIGIENE E CURATIVO DE ACORDO COM A NECESSIDADE	1 x dia	() MELHORAR A INTEGRIDADE DA PELE
() VERIFICAR CONDIÇÕES DE HIDRATAÇÃO DO PACIENTE (MUCOSA, EDEMA, PULSO)		() RISCO DE DESEQUILÍBRIO DIMINUIDO
() OBSERVAR LOCAL DA FERIDA E INSERÇÃO DO DISPOSITIVO VENOSO PARA SINAIS FLOGÍSTICOS	1 x dia	() DIMINUIR O RISCO DE INFECÇÃO
() TROCAR ACESSO VENOSO PERIFÉRICO À CADA 72HS		
() REALIZAR DESINFECÇÃO COM ÁLCOOL À 70% NOS DISPOSITIVOS ENDOVENOSOS ANTES DE ADMINISTRAR A MEDICAÇÃO	Sempre	
OUTRO:		

9. RISCO DE QUEDA (ESCALA DE MORSE)

HISTÓRIA DE QUEDA NESTE INTERNAMENTO OU NOS ÚLTIMOS 3 MESES? () SIM () NÃO
DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO? () SIM () NÃO AJUDA PARA CAMINHAR? () SIM () NÃO
TERAPIA INTRAVENOSA? () SIM () NÃO ESTADO MENTAL? () AGITADO () DISTÚRBO NEUROLÓGICO
POSTURA NO ANDAR E NA TRANSFERÊNCIA? RISCO DE QUEDA? () SIM () NÃO

ASSINATURA E CARIMBO:

[Assinatura]
02.09.19



FICHA DE SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - ALA ORTOPÉDICA (BASEADO NAS NHB DE W. HORTA)

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: José Areda Filho Idade: 64 Sexo: M Enf/Leito: J-1

2. HISTÓRIA PREGRESSA

Internações prévias () Motivo: Alergias () Qual? Doença () HAS () DM

() Tabagista (X) Etilista () Neoplasia () Drogas () Outros: Medicamentos em uso:

3. DOENÇA ATUAL:

MOTIVO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR: fx de osso da perna (D)

4. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICO BIOLÓGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA: (X) CONSCIENTE (X) ORIENTADO () CONFUSO () LETÁRGICO () COMATOSO

MOBILIDADE FÍSICA: () PRESERVADA () PLEGIA () PARESIA () PARESTESIA. LOCAL: _____

LINGUAGEM: (X) DISFONIA () DISARTRIA

RESPIRAÇÃO: (X) ESPONTÂNEA () CATETER NASAL () VENTURI () TRAQUEOSTOMIA () VMI () OUTROS

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS:

ALT. ÇÃO: (X) VISÃO () AUDIÇÃO () TATO () OLFATO () PALADAR OBS.: _____

SEGURANÇA FÍSICA: TRANQUILO (X) AGITADO () AGRESSIVO () RISCO DE QUEDA OBS.: _____

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR: PULSO: (X) REGULAR () IRREGULAR () OUTROS: _____

EDEMA: () LOCAL OBS.: _____

ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES: (INTESTINAL E URINÁRIA)

TIPO SOMÁTICO: (X) NUTRIDO () EMAGRECIDO () CAQUÉTICO () OBESO

ALIMENTAÇÃO: (X) VO () SNG () SNE () OUTROS: _____

ELIMINAÇÃO INTESTINAL: (X) NORMAL () ALTERADO () OUTROS: _____

ELIMINAÇÃO URINÁRIA: (X) ESPONTÂNEA () SVD () INCONTINÊNCIA () OUTROS: _____

INTEGRIDADE FÍSICA E CULTÂNEO-MUCOSA

COLORAÇÃO DA PELE: (X) NORMOCORADA () HIPOCORADA

PELE: () ÍNTEGRA () LESÃO () OUTROS: _____

LESÃO POR PRESSÃO: () SIM (X) NÃO ESTÁGIO (BRADEN): _____ Local: _____

localização anatômica da ferida;

CUIDADO CORPORAL E SONO/REPOUSO

CUID. DO CORPORAL: () INDEPENDENTE () DEPENDENTE (X) PARCIALMENTE DEPENDENTE

HIGIENE CORPORAL: (X) SATISFATÓRIA () INSATISFATÓRIA

LIMITAÇÃO FÍSICA: () ACAMADO (X) CADEIA DE RODAS

5. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

COMUNICAÇÃO: (X) PRESERVADA () PREJUDICADA

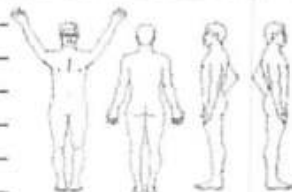
SENTIMENTO/ COMPORTAMENTOS: (X) COOPERATIVO () OUTROS: _____

6. NECESSIDADE PSICOESPIRITUAIS:

RELIGIÃO: _____ () PRATICANTE () NÃO PRATICANTE

7. AVALIAÇÃO GERAL:

HORA	PA	T	FC/P	SPO2	GLICEMIA	DIURESE	DÉBITO DE	DOR	PESO	ASSINATURA	DISPOSITIVOS	DATA DE
	(mmHg)	(°C)	(bpm)	(%)	(mg/dL)	(ml)	DRENO(ml)	(0a10)	(Kg)			INSERÇÃO
	160x11										SOG/SNG/SNE	
											SVF	
											CIRCUITO DE VM	
											FILTRO DE VM	
											UMIDIFICADOR	
											ASPIRADOR	
											LATEX	
											EQUIPO SIMPLES	



ANOTAÇÕES/INTERCORRÊNCIAS DE ENFERMAGEM:	Paciente foi avaliado e encontrado com MSO nefrocrônica.
--	---

8. DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

DIAGNÓSTICOS	FATORES RELACIONADOS	CARACTERÍSTICA DEFINIDORAS
PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ	() ANSIEDADE () DOR () FADIGA () OBESIDADE () OUTRO	() ALTERAÇÕES NA PROFUNDIDADE RESPIRATÓRIA () DISPNEIA () BATIMENTO DE ASA DE NARIZ () ORTOPNEIA () OUTRO
DÉFICIT NO AUTOCUIDADO PARA BANHO	() PREJUÍZO NEUROMUSCULAR () DOR () OUTRO	() INCAPACIDADE DE ACESSAR O BANHEIRO () INCAPACIDADE DE LAVAR O CORPO
DOR AGUDA	() AGENTES LESIVOS (EX: BIOLÓGICOS, QUÍMICOS) () OUTROS	() ALTERAÇÕES NA PRESSÃO SANGÜÍNEA () RELATO VERBAL DE DOR
HIPERTERMIA	() ANESTESIA () DESIDRATAÇÃO () TRAUMA () OUTRO	() AUMENTO DA TEMPERATURA CORPORAL ACIMA DOS PARÂMETROS NORMAIS () TAQUICARDIA () TAQUIPNEIA
INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	() EXTREMOS DE IDADE () CIRCULAÇÃO PREJUDICADA () HIPOTERMIA () IMOBILIZAÇÃO FÍSICA () OUTRO	() DESTRUIÇÃO DE CAMADAS DA PELE () OUTRO () ROMPIMENTO DA SUPERFÍCIE DA PELE
RISCO DE DESEQUILÍBRIO ELETROLÍTICO	() ASCITE () QUEIMADURA () VÔMITO () DIARRÉIA () DRENOS () OUTROS	
RISCO DE INFECÇÃO	() AUMENTO DA EXPOSIÇÃO AMBIENTAL À PATÓGENOS () PROCEDIMENTOS INVASIVOS () OUTRO	
OUTRO		

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	APRAZAMENTO	RESULTADOS ESPERADOS
() MANTER OXIMETRIA CONTÍNUA E ANOTAR VALORES DE SPO2 E COMUNICAR SE FOR MENOR QUE 95%		() MELHORAR PERFUSÃO TISSULAR () PADRÃO RESPIRATÓRIO EFICAZ
() OBSERVAR E ANOTAR CONDIÇÕES DE PERFUSÃO PERIFÉRICA		
() ENCAMINHAR AO BANHO DE CHUVEIRO	Jx dia	() AUXÍLIO DIÁRIO ÀS NECESSIDADES DE HIGIENE
() REALIZAR BANHO NO LEITO (SN) E LAVAGEM DO CABELO		() CONTROLE DA DOR (MELHORADA OU AUSENTE)
() EXPLICAR AO PACIENTE AS POSSÍVEIS CAUSAS DA DOR		
() AVALIAR CARACTERÍSTICAS, INTENSIDADE E LOCAL DA DOR		
() AVALIAR ALTERAÇÕES DE SINAIS VITAIS	12/12/19	
() ADMINISTRAR ANALGÉSICOS CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA E REAVALIAR A DOR APÓS ADMINISTRAÇÃO DA MEDICAÇÃO		
() APÓS ADMINISTRAR ANTITÉRMICOS, AVALIAR E REGISTRAR OS RESULTADOS		() MANUTENÇÃO DA TEMPERATURA CORPORAL DENTRO DOS LIMITES FISIOLÓGICOS
() INCENTIVAR A INGESTÃO DE LÍQUIDOS		
() REALIZAR HIGIENE E CURATIVO DE ACORDO COM A NECESSIDADE	Jx dia	() MELHORAR A INTEGRIDADE DA PELE
() VERIFICAR CONDIÇÕES DE HIDRATAÇÃO DO PACIENTE (MUCOSA, EDEMA, PULSO)		() RISCO DE DESEQUILÍBRIO DIMINUÍDO
() OBSERVAR LOCAL DA FERIDA E INSERÇÃO DO DISPOSITIVO VENOSO PARA SINAIS FLOGÍSTICOS		() DIMINUIR O RISCO DE INFECÇÃO
() TROCAR ACESSO VENOSO PERIFÉRICO À CADA 72HS	Atenção	
() REALIZAR DESINFECÇÃO COM ÁLCOOL À 70% NOS DISPOSITIVOS ENDOVENOSOS ANTES DE ADMINISTRAR A MEDICAÇÃO	sempre	
OUTRO:		

9. RISCO DE QUEDA (ESCALA DE MORSE)

HISTÓRIA DE QUEDA NESTE INTERNAMENTO OU NOS ÚLTIMOS 3 MESES? () SIM () NÃO
DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO? () SIM () NÃO AJUDA PARA CAMINHAR? () SIM () NÃO
TERAPIA INTRAVENOSA? () SIM () NÃO ESTADO MENTAL? () AGITADO () DISTÚRPIO NEUROLÓGICO
POSTURA NO ANDAR E NA TRANSFERÊNCIA? RISCO DE QUEDA? () SIM () NÃO

ASSINATURA E CARIMBO:

Gilberto S. Raposo
ENFERMEIRO
03.09.19





CNPJ: 10.848.190/0001-55
 Data: 20/08/2019
 Hora: 20:49:06
 Médico (a): Wagner Luiz Egito De Araujo

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 1972315 Paciente: JOSE AREDA FILHO Idade: 064 Sexo: M
 Nome da Mãe: SEBASTIANA JANUARIO Data de Nascimento: 19/03/1955 Admissão: 20/08/2019 DH1 - 0
 Clínica: CENTRO CIRURGICO Enfermaria: URPV Leito: 6 Diagnóstico: 4-2

DIA 20/08/2019

MÉDICO(A): Wagner Luiz Egito De Araujo /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	SORO RINGER COM LACTATO 500ML E.V. 01FRASCO, 8h/8h	06
2	CLINDAMICINA DE 600 MG 4 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h OD/14D Diluir em 50 ML SF	06
3	GENTAMICINA SULFATO 80 MG/2 ML E.V. 03AMPOLA, OD/14D Diluir em 50 ML SF	06
4	DIFERON SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 01AMPOLA, 8h/8h	06
5	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 01AMPOLA, 12/12H CASO NAUSEAS/VÔMITOS	06
6	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C. 01SERINGA, 24h/24h IADM AS	06
7	PARACETAMOL 500MG + FOSFATO DE CODEINA 30 MG V.O. 01COMP. 8/8H CASO DOR	06
8	FISIOTERAPIA MOTORA	
9	DECBITO MUDANCA	
10	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	

EVOLUÇÃO

DATA: 20/08/2019 HORA: 20:44:59

PACIENTE VITIMA DE ATRÓPELAMENTO ESTA ALCOOLIZADO, APRESENTANDO FRATURA EXPOSTA DE OSSOS DA PERNA DIREITA.

CD: INTERNAÇÃO HOSPITALAR
 ANTIBIOTICOPROFILAXIA
 HEMOGRAMA
 G + RISCO CIRURGICO

ASSINATURA
 Wagner Luiz Egito De Araujo
 CRM - P 258.925

11/09/2019

10.1.1.148/projetohtcg/imprimevo.php?datasai=2019-09-11&contar=1972315&IDC=45071

GOVERNO
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 11/09/2019

Horas: 10:40:17

Médico(a) Diarista: Ana Maria Da Silva Anselmo

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 1972315 Paciente: JOSE AREDA FILHO Idade: 064 Sexo: M

Nome da Mãe: SEBASTIANA JANUARIO Data de Nascimento: 19/03/1955 Admissão: 20/08/2019 DIH - 22

Clínica: ORTOPEDIA I Enfermaria: I Leito: I Diagnóstico:

DIA 11/09/2019

MÉDICO(A): Wagner Luiz Egito de Araujo / MÉDICO(A): Ana Maria Da Silva Anselmo /

Item	Prescrição	Apazamento
1	DIETA LIVRE (Dieta zero a partir de 00:00 h)	
2	SORO RINGER COM LACTATO 500ML E.V. 01 FRASCO, 8h/8h	
3	LEVOFLOXACINO 5 MG/ML 100 ML E.V. 1 E 1/2 BOLSA, 7D/7D Diluir em APRESENTAÇÃO PRONTA PARA USO EM SG 5% 1 X AO DIA	
4	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 01 AMPOLA, 6h/6h	
5	HIDROCORTISONA SUCCINATO SODICO 500 MG E.V. 1/2 FRA AMP. Reconstituir 4ML ABD. 12/12H	
6	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 01 AMPOLA 12/12H CASO NAUSEAS/VOMITOS	
7	RANITIDINA CLORIDRATO 150 MG V.O. 1 COMP. 12h/12h	
8	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C. 1 SERINGA, 24/24h	
9	DIAZEPAM 10 MG V.O. 1 COMP. 1X NOITE	
10	LOSARTANA POTASSICA 50 MG COMP V.O. 1 COMP. 12h	
11	ANLIDIPINO 5 MG V.O. 1 COMP. 1X AO DIA	
12	FUROSEMIDA 10 MG/ML 2 ML 1 AMPOLA, 12/12H	
13	FISIOTERAPIA MOTORA	
14	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	
15	DECUBITO MUDANÇA	
16	CURATIVOS	

EVOLUÇÃO

DATA: 11/09/2019 HORA: 10:32:28

##ORTOPEDIA##

PACIENTE SEGUE EM LEITO DE ENF. ORTOPÉDICA, EM EGB,
QUEIXAS.
DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES.

PRESENÇA DE FIXADOR EXTERNO EM PERNA DIREITA, COM
COM PRESENÇA DE INFECÇÃO.

CD:

- VPM.

- AGUARDA CIRURGIA.

ASSINATURA: CARIMI
Ana Maria Da Silva Anselmo

GOVERNO
DA PARAÍBA

GOVERNO
DA PARAÍBA

SETOR DE ORIGEM: Ortopedia I

NOME: Jose Arede Filho

PROCEDIMENTO: Reparação Fixador

AVP: LOCAL: JELCO Nº: AVO JEM

BANHO PRÉ-OPERATÓRIO: ☐ COM CLOREXIDINA ☒ NÃO SE APLICA

RETIRADO: ☐ PRÓTESE DENTÁRIA ☒ ADORNOS ☒ PERTENCES

ENCAMINHADO: ☐ HEMOG ☒ TOMOGRAFIA ☒ RESSONÂNCIA

☐ TERMO DE CONSENTIMENTO

☐ RESERVA DE HEMODERIVADO ☒ NÃO SE APLICA

ENFERMEIRO RESPONSÁVEL: COREN:

*****8/projetohtcg/imprimevo.php?datasai=2019-09-11&contar=1972315



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 23/09/2020 14:24:53

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092314245102100000033139110

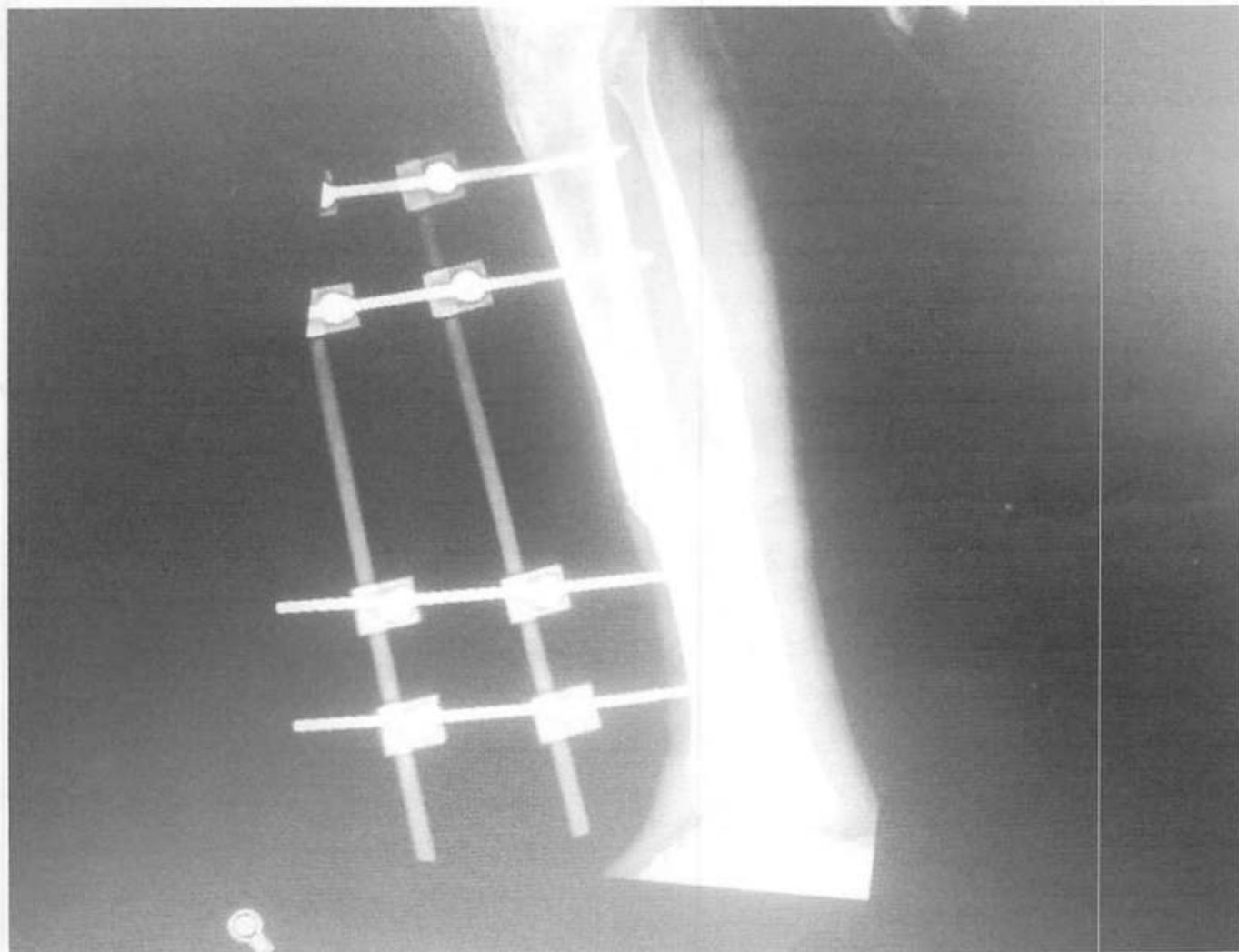
Número do documento: 20092314245102100000033139110

Num. 34662411 - Pág. 27

Data da internação: 20/08/2019 Hora: 20:28:38

 SUS Sistema Único de Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
Identificação do Estabelecimento de Saúde 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES		2 - CNES 2362856	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES		4 - CNES 2362856	
Identificação do Paciente 5 - NOME DO PACIENTE JOSE AREDA FILHO		6 - Nº DO PRONTUÁRIO 1972315	
7 - CARTÃO DO SUS 705008262051853		8 - DATA DE NASCIMENTO 19/03/1955	
9 - SEXO MASC [X] FEM []		10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL SEBASTIANA JANUARIO	
11 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) SÍTIO FAZENDA VELHA, 0, ZONA RURAL		12 - TELEFONE DE CONTATO 83 93825282	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA Quelémados		14 - CDD 2002 MUNICÍPIO 254250	
15 - UF PB		16 - CEP 58475000	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO			
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS Paciente com trauma na região de pernas direita.			
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO Ferimento de trauma - trauma.			
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) Exame físico e exame de imagem.			
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL Fratura da perna (D)			
21 - CID 10 PRINCIPAL S71.0			
22 - CID 10 SECUNDÁRIO S71.0			
23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS S71.0			
PROCEDIMENTO SOLICITADO			
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO 02		25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO 708505330609378	
26 - CLÍNICA 02		27 - CARATER DA INTERNAÇÃO 02	
28 - DOCUMENTO (X) CNES () CPF		29 - Nº DOCUMENTO (CNES/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE 708505330609378	
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE WAGNER LUIZ L. DE ARAUJO		31 - DATA DA SOLICITAÇÃO 20/08/2019	
32 - ASSINATURA E CARIMBO Nº DO REGISTRO DO CONSELHO 1678		33 - Nº DO BILHETE 1678	
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)			
34 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO 35 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO 36 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO		37 - CNPJ DA SEGURADORA 38 - Nº DO BILHETE 39 - CNPJ EMPRESA 40 - CNAE DA EMPRESA 41 - CBOR	
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURO		43 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
AUTORIZAÇÃO			
44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 45 - COD. ORGÃO EMISSOR		46 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
47 - DOCUMENTO () CNES () CPF		48 - Nº DOCUMENTO (CNES/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO / /		50 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	





Scanned with CamScanner



Data da internação: 20/08/2019 Hora: 20:28:38

 SUS Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
Identificação do Estabelecimento de Saúde					
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE				2 - CNES	
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES				2362856	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE				4 - CNES	
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES				2362856	
Identificação do Paciente					
5 - NOME DO PACIENTE				6 - N° DO PRONTUÁRIO	
JOSE AREDA FILHO				1972315	
7 - CARTÃO DO SUS		8 - DATA DE NASCIMENTO		9 - SEXO	
705008262051853		19/03/1955		Masc ☒ Fem ☐	
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL				11 - TELEFONE DE CONTATO	
SEBASTIANA JANUARIO				83 95825282	
12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)					
SÍTIO FAZENDA VELHA, 0, ZONA RURAL					
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		14 - CÓDIGO DO MUNICÍPIO		15 - UF	
Queimadas		251250		PB	
				16 - CEP	
				58475000	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO					
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS					
Painel em fratura exposta de ossos de punho direito.					
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO					
Necessidade de tratamento cirúrgico.					
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)					
Exame físico + Exame de Imagem					
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL					
Fratura exposta de ossos de punho (D)					
21 - CID 10 PRINCIPAL					
22 - CID 10 SECUNDÁRIO					
23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS					
PROCEDIMENTO SOLICITADO					
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO				25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	
26 - CLÍNICA		27 - CARATER DA INTERNAÇÃO		28 - DOCUMENTO	
		02		(X) CNS () CPF	
				708505330609378	
29 - N° DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE				30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE	
WAGNER LUIZ E DE ARAUJO				20/08/2019	
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)					
33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO		36 - CNPJ DA SEGURADORA		37 - N° DO BILHETE	
34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO				38 - SÉRIE	
35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO		39 - CNPJ EMPRESA		40 - CNAT DA EMPRESA	
				41 - CBOR	
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA					
() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO					
AUTORIZAÇÃO					
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		44 - COD. ORGÃO EMISSOR		45 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
46 - DOCUMENTO		47 - N° DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			
() CNS () CPF					
48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		49 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)			
/ /					



13/09/2019

HTCG-Painel Administrativo

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52

Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809

Data: 13/09/2019

Boletim de Emergência (B.E.) - Modelo 03

NOME: Ana Maria Da Silva Anselmo



**GOVERNO
DA PARAÍBA**



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

RESUMO DE ALTA

Nome do Paciente: JOSE AREDA FILHO

Data da Internação: 20/08/2019

Data da Alta: 13/09/2019

Registro: 1972315

Tempo de Permanência: -18129

Diagnóstico Inicial: 0408050500

Diagnóstico Final:

Principais Exames: EXAME FÍSICO + RADIOLOGICO

Cirurgia: LMC + FIXAÇÃO EXTERNA

Data: 12/09/2019

Equipe:

Cirurgião: ELDIMAN SOARES DE ARAUJO

Aux 1:

Aux 2:

Aux 3:

Aux 4:

Anestesista:

Medicamentos:

Orientações: - PRESCREVO CIPROFLOXACINO + LOXONIN + DIPIRONA. - ENCAMINHO À FISIOTERAPIA. - ENCAMINHO AO AMBULATÓRIO DE EGRESSOS PARA RETORNO. - FORNEÇO ATESTADO MÉDICO. - ORIENTAÇÕES. - ALTA HOSPITALAR.

Condições de Alta: Melhorado

Dra. Ana Maria da S. Anselmo

MR. Ortopedia e Traumatologia

CRM 7325

Data: 13/09/2019

Assinatura/Carimbo

Ana Maria Da Silva Anselmo

RESPONSÁVEL : Ana Maria Da Silva Anselmo



GOVERNO
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 13/09/2019

Horas: 11:38:18

Médico (a) Diarista : Ana Maria Da Silva Anselmo

EVOLUÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1972315 Paciente: JOSE AREDA FILHO Idade: 064
Nome da Mãe: SEBASTIANA JANUARIO Data de Nascimento: 19/03/1955 Sexo: M
Admissão: 20/08/2019 DIH - 24
Clínica: ORTOPEDIA 1 Enfermaria: 1 Leito: 1 Diagnóstico: Cirurgia Realizada:

EVOLUÇÃO

DATA: 13/09/2019 HORA: 11:35:32

TOPEDIA

PACIENTE SEGUE EM LEITO DE ENF. ORTOPÉDICA, EM EGB, CONSCIENTE E ORIENTADO, EUPNÉICO, SEM QUEIXAS, EM 1º DPO DE REPOSIÇÃO DE FIXADOR EXTERNO. DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES. DE ACORDO COM ORIENTAÇÕES DE DR ELDIMAN, PACIENTE DE ALTA HOSPITALAR.

CD:

- PRESCREVO CIPROFLOXACINO + LOXONIN + DAPIRONA.
- ENCAMINHO À FISIOTERAPIA.
- ENCAMINHO AO AMBULATÓRIO DE EGRESSOS PARA RETORNO.
- FORNEÇO ATESTADO MÉDICO.
- ORIENTAÇÕES.
- ALTA HOSPITALAR.

ASSINATURA  CARIMBO
Ana Maria Da Silva Anselmo

Dra. Ana Maria Da Silva Anselmo
Méd. Ortopedia - Traumatologia
CRM-PB 7825



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO MG-16.710.012 DATA 19/12/20

JOSE AREDA FILHO

JOSE AREDA DA SILVA
SEBASTIANA JANUARIO

CAMPINA GRANDE-PB
CAMPINA GRANDE-PB
CAMPINA GRANDE-PB

19/3/1956

467306804-15

PII-2129

1. VTA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE MINAS GERAIS

2129-6

PODERA GERA DO ESTADO DE MINAS GERAIS

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

JOSE AREDA FILHO

CARTÃO DE IDENTIDADE

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Secretaria de Receita Federal

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas

Número de Inscrição

467.306.804-15

Nome

JOSE AREDA FILHO

Nascimento

19/03/1956



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200063429 **Cidade:** Queimadas **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE AREDA FILHO **Data do acidente:** 20/08/2019 **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/02/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE OSSOS DA PERNA DIREITA(PAG.01)

Resultados terapêuticos: TRATAMERNTO CIRÚRGICO (DESBRIDAMENTO + FIXADOR EXTERNO)E ALTA MÉDICA (PAG.02)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200063429 **Cidade:** Queimadas **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE AREDA FILHO **Data do acidente:** 20/08/2019 **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/02/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE OSSOS DA PERNA DIREITA(PAG.01)

Resultados terapêuticos: TRATAMERNTO CIRÚRGICO (DESBRIDAMENTO + FIXADOR EXTERNO)E ALTA MÉDICA (PAG.02)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0051679/20

Vítima: JOSE AREDA FILHO

CPF: 467.306.804-15

Seguradora: UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

Data do acidente: 20/08/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE AREDA FILHO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

JOSE AREDA FILHO : 467.306.804-15

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 06/02/2020
Nome: JOSE AREDA FILHO
CPF: 467.306.804-15

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/02/2020
Nome: VILMA OLIVEIRA NUNE SILVA
CPF: 068.954.516-92

JOSE AREDA FILHO

VILMA OLIVEIRA NUNE SILVA

